

自立支援医療費（更生医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更）※1

受診者	フリガナ					性別	男・女	年齢	歳	生年月日		
	受診者氏名									明治・大正・昭和・平成 年 月 日		
	受診者住所	〒				電話番号						
						個人番号						
負担額に関する事項	受診者の被保険者証の記号及び番号					保険者名						
	受診者と同一保険の加入者	フリガナ										
		氏名										
		個人番号										
身体障害者手帳番号		第 号										
		障害名										
受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局を含む）	医療機関名				所在地							
	病院・診療所											
	薬局											
受給者番号 ※2						有効期限			年 月 日			
<p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。                  なお、支給認定にかかる収入及び世帯に属する市民税等の調査に同意します。</p> <p>兵庫県知事 様                  令和 年 月 日 申請者氏名 印 ※3</p>												

※1 該当する医療の種類及び新規・再認定・変更（自己負担限度額及び指定医療機関の変更認定の申請の場合）のいずれかに○をする。  
 ※2 再認定または変更の方のみ記入。  
 ※3 申請者氏名については、記名押印または自筆による署名のいずれかとすること。

----- ここから下の欄は記入しないでください -----

申請受付年月日		判定依頼年月日	R . .	認定年月日	R . .
受付機関名					
前回所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上		重度かつ継続	該当・非該当	
今回所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上		重度かつ継続	該当・非該当	
所得確認書類	市町村民税課税証明書 市町村民税非課税証明書 障害者福祉システム（利用者月額負担額） 生活保護受給世帯の証明書 その他収入等を証明する書類（ ）				
所得確認	[所得割額 円]		[均等割額 円]	[収入額 円]	
	市民税係で確認 [確認年月日 R . . ]			[確認者 ]	
前回受給者番号			今回受給者番号		
備考					